



Tilburg University

Psychotherapie en depressie

Oei, T.I.

Published in:

Tijdschrift voor Ziekenverpleging

Publication date:

1983

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Oei, T. I. (1983). Psychotherapie en depressie. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 36(23), 724-727.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Psychotherapie en depressie

Aan het belang van statusverlening aan de psychotherapie als vakgebied en de psychotherapeut als deskundige wordt heden ten dage niet meer getwijfeld. Sinds het verschijnen van het Rapport VERHAGEN (1980) zijn vanuit maatschappelijke kringen (o.a. de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie) daartoe vergaande stappen ondernomen. In de eigen discipline is psychotherapie een veel omvattend begrip. Wetenschappelijk onderzoek naar de psychotherapiebeoefening krijgt steeds meer aandacht (zie LUBORSKY et al., 1975).

Tevens is er behoefte aan welomschreven indicatiecriteria voor een aantal therapievormen. Hoe specifiek is een bepaalde psychotherapie richting? Welke instanties leggen de juiste screeningsprocedures vast voor welke methode? Dergelijke vragen schreeuwen welhaast letterlijk om een antwoord. Bovendien lijken de problemen zich eerder in deze zin op te stapelen, dan dat ze kunnen worden opgelost (de JONGHE, 1983).

Toch is enig optimisme, en niet in de laatste plaats, voor een bepaalde probleemgroep gerechtvaardigd, nl. de depressieve patiënten. Vele therapievormen zijn geroepen; nog weinige hebben zich, zowel wetenschappelijk als therapeutisch, waargemaakt. In deze betekenis trachten we in dit artikel een handreiking te bieden. Als laatste in een serie over depressie (zie OEI, 1983) wordt in dit schrijven het accent gelegd op de relatie tussen enkele relevante vormen van wetenschappelijke en toegepaste psychotherapie bij depressies.

Enige aspecten van wetenschappelijk onderzoek bij psychotherapie

Reeds jarenlang bestaat er een controverse inzake de hantering van objectiveerbare methodieken binnen de psychotherapie, d.w.z. op onderzoeksaspecten die worden ingebouwd tijdens een therapeutische sessie (SOUDIEN, 1982). Binnen de gedragstherapie is de onderzoekstraditie tamelijk goed ontwikkeld, grotendeels vanwege de (opleidings-)achtergrond van de therapeuten. Deze is vaak experimenteel gekleurd en duidelijk gericht op onderzoek. Zo betreft het vaak onderzoekers, die - vanuit het dierexperiment en geïnteresseerd in evaluatiemethoden - trachten therapiemodellen te ontwikkelen, zodat deze voldoen aan de eisen van het researchprotocol (ORLEMANS, 1976). Uitgaande van de aanpak om therapie tevens onderzoeksgericht op te bouwen, bleek de gedragstherapie aanvankelijk voornamelijk effect te sorteren bij een aantal goed omschreven symptomencomplexen, bijvoorbeeld bepaalde fobische beelden, enuresis nocturna, (specifiek) dwanggedrag e.d.

In de psychoanalytische traditie was en is vooral het empirisch-hermeneutische karakter bij onderzoek erg belangrijk.

De aanpak, die aldus in deze therapierichting succes bleek te hebben, was voornamelijk gebaseerd op de analyse van enkelvoudige behandelingen, d.w.z. behandeling bij één patiënt en uitgevoerd door één en dezelfde analyticus. Alternatieven die erop gericht zijn de grootste gemene deler te vinden op basis van onderzoek aan 'zoveel mogelijk' gestandaardiseerde zittingen bij telkens onderscheiden (individuele) psychoanalyses, zijn helaas (nog) niet operationeel gebleken. Juist in een psychoanalytische therapie vinden individuele processen plaats, die als zodanig niet monitoorbaar zijn. In deze zin zouden de afzonderlijke sessies op zich niet meer specifiek, want therapeutisch, werkzaam zijn. Om met KUIPER (1965) te spreken: 'Zodra wij ons met een patiënt bemoeien om hem te onderzoeken, wordt hij veranderd en wat wij waarnemen is een alrede door onze invloed veranderd object. De relatie gaat meespelen, men spreekt in de psychoanalyse van overdrachtsverschijnselen'.

Parallel aan dit probleem werd de persoonlijke bagage van de therapeut voor een belangrijk deel verantwoordelijk geacht voor de prognose van een bepaalde toegepaste techniek. Een actief ingestelde, extroverte manier van optreden, is nu te enen male in een psychoanalytische setting niet denkbaar. Het omgekeerde geldt wellicht met betrekking tot de Gestalt-therapeut: deze zal met een aanzienlijke dosis aan introversie en secundaire reactiepatronen nauwelijks aan zijn doel als zodanig kunnen beantwoorden (HELLINGA, 1979). Enige andere 'achillespezen' hebben te maken met algemene methodologische tekortkomingen. Ik zal er enkele van noemen:

- Het werken met controlegroepen is welhaast ondoenlijk bij het opzetten van onderzoek van psychotherapie.
- Het overgrote deel van de bekende (experimentele) onderzoeken betrof een kleine (veelal minder dan een tiental per onderzoek) populatie: te gering om zinnige conclusies te kunnen trekken.
- De onderzoekers verschillen nogal naar eigen therapeutische achtergrond, therapie-ervaring, leeftijd e.d.
- Nog betrekkelijk weinig studies, welke tot nog toe werden voltooid, zijn gerepliceerd.
- De meeste studies die bekend zijn, kunnen eigenlijk niet met elkaar op een verantwoorde wijze worden vergeleken, gezien aanzienlijke verschillen in researchdesigns en onderzochte populaties.

Toch juichen we de onderzoekspogingen toe die er op psychotherapie gebied wor-

den verricht (zie o.a. LUBORSKY et al, 1975).

Bij onderzoek gaat het niet om individuele criteria zoals genezingskans, beter zijn, geluk e.d., veeleer betreft het zaken zoals relaties tussen gebruikte methode en resultaten, bewaking en beschrijving van het proces, evaluatiemomenten, e.d. Deze vormen vooralsnog het hoofdbestanddeel van toekomstige research in de psychotherapie.

Enkele opmerkingen betreffende psychotherapie bij depressies

Is psychotherapie voor iedere depressie geschikt?

Dit is een vraag die niet zo gemakkelijk is te beantwoorden. De psychotische vorm van vitale depressie, zoals de melancholie, is vrijwel zeker in zijn meest mutistische vorm ongeschikt voor psychotherapie. De patiënt zegt immers tijden lang niets; er lijkt met hem ook geen contact mogelijk. In deze situatie lijkt toediening van bepaalde antidepressiva, eventueel gecombineerd met antipsychotica, nog het meest voor de hand te liggen. Uiteraard kan wel al met psychotherapie worden begonnen, zodra er enige verbale communicatie met de patiënt mogelijk is. Dit kan volgens verwachting plaatsvinden zodra de vooral teisterende waanbelevingen zijn verbleekt, c.q. verdwenen. In principe achten wij iedere personale depressie geschikt voor psychotherapie. Deze visie verkondigt ARIETI (1977, 1978) grofweg gesproken ook, alhoewel hij eigenlijk nog verder gaat, in het bijzonder als hij psychotherapie voor vrijwel iedere denkbare situatie van depressie als superieur middel beschouwt, soms in combinatie met medicatie, veelal in de vorm van anxiolytica.

Zijn uitgangspunten met betrekking tot de aanpak van depressies zijn globaal als volgt:

1. Psychotherapie is geïndiceerd bij elke vorm van vitale ('severe') depressie.
2. De ernst van de depressie is geen

maatstaf voor het (contra) indiceren van psychotherapie.

3. Farmacotherapie als adjuvans is in principe geen belemmering voor het toepassen van psychotherapie.

4. Farmacotherapie kan in sneller tempo storende depressieve symptomen opheffen dan psychotherapie. De causale (persoonlijkheids)factoren worden slechts door psychotherapie beïnvloed.

5. Electroshocktherapie (EST) is geen contraïndicatie voor het toepassen van psychotherapie. In de postconvulsieve periode echter kan psychotherapie veelal niet meer dan een steunende functie vervullen.

6. Psychotherapie is noodzakelijk in gevallen van farmaco- en/of EST-resistente vormen van depressies.

7. Psychotherapie is geïndiceerd in die gevallen van depressies waarbij spontane genezing is opgetreden. In dergelijke gevallen is psychotherapie vooral bedoeld als preventief middel.

Psychoanalyse in decor

Zoals bekend wordt binnen het psychoanalytische referentiekader een onderscheid gemaakt tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie. De psychoanalyse als klassieke toepassing van de inzichten volgens FREUD, betreft een specifieke therapeutische situatie. Hierbij wordt gestreefd naar een optimale overdrachtsneurose in (het verloop van) de behandeling.

Het gevolg hiervan is, dat - dagelijks (minimaal 4 à 5 keer per week), gedurende steeds drie kwartier - met de patiënt wordt nagegaan, hoe en waarom bepaalde bewuste ervaringsinhouden zich als zodanig aandienen. Gelet wordt op de betekenis van, vooral onbewuste (primaire) strevingen en impulsen, die verband (kunnen) houden met de (dagelijkse) belevingen en lotgevallen. Door systematische benoeming en bespreking van via de z.g. vrije associatie aan bod komende belevingsinhouden, kan worden verwacht, dat inzicht

op kortere of langere termijn bij de patiënt hiervan het resultaat is. Gebruik wordt daarbij gemaakt van de z.g. vrije associatie (ook wel psychoanalytische grondregel genoemd). Dit is een methode, waarbij de patiënt tracht, zo ongecensureerd mogelijk, de bij zichzelf opkomende gedachten en gevoelens direct ter sprake te brengen. De therapeut betracht daarbij een zekere flexibele vorm van onthecht zijn (= welwillende mentaliteit) en zal zo nodig doelmatig gebruik maken van z.g. duidingen. Dit zijn interpretaties die als therapeutisch instrument in het psychoanalytische jargon bekend staan.

Verdere kenmerkende aspecten van de toegepaste psychoanalyse zijn o.m.:

- a) de opmerkelijke setting: de patiënt bevindt zich op de divan en de therapeut zetelt achter de liggende analysant.
- b) het centrale doelobject in de therapie is het bewerkbaar maken van overdrachtsneurose.
- c) het finale oogmerk van psychoanalyse is het bewerkstelligen van structurele veranderingen binnen het karakterpatroon van de patiënt.
- d) duur van de therapie is bij voorbaat onbepaald, d.w.z. dat op voorhand niet kan worden voorspeld, noch beoogd, hoe lang de therapie minimaal kan bedragen.

Enkele kenmerken van psychoanalytische psychotherapie

Dit is een verdere afgeleide van de psychoanalyse, waarbij als uitgangspunt geldt het bewerkbaar maken van de overdrachtsreacties (de JONGHE, 1982). Er is in principe een dyadische vorm van psychoanalytische psychotherapie. Deze behandeling 'on analytic lines' hangt samen met de individuele setting. Op zichzelf is er echter geen bezwaar om het psychoanalytische uitgangspunt te relateren aan andere patiëntsystemen, zoals groepen, gezinnen, echtparen e.d. Men kan dan b.v. spreken van psychoanalytische groepstherapie (zie o.a. bij BERK, 1980, blz. 103).

In de eigen betekenis van het begrip worden de volgende karakteristieken heden ten dage door een niet onbelangrijk deel van de psychoanalytisch georiënteerde therapeuten aangehangen:

1. Het is een z.g. vis-à-vis behandeling, d.w.z. de patiënt zit min of meer tegenover de therapeut.
2. De frequentie van de behandeling is minimaal twee keer per week (MOOY, 1982).
3. In principe is de totale duur van de therapie onbepaald.
4. Doel van deze behandeling is uiteindelijk gericht op een effect dat minder radicaal is dan in het geval van psychoanalyse.

Het zal de lezer niet ontgaan zijn, dat onderscheid tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie belangrijk is voor zaken zoals indicatiestelling, financiële overwegingen, nominale tijdsinvestering, en last but not least therapeut - patiënt afhankelijke variabelen.

Enkele praktische aspecten van psychoanalytische psychotherapie bij depressies

Ervan uitgaande dat de patiënt door depressieve gevoelens en gedachten in beslag wordt genomen, dient de therapeut zich in het begin van de behandeling tamelijk actief op te stellen. Hij moet duidelijk en beknopt zijn in zijn uitspraken en in de wijze van interviewen. De patiënt moet *het gevoel kunnen hebben dat hij zich niet hoeft te rechtvaardigen voor zijn ziekzijn*. Soms is in ernstige gevallen het stilzwijgen eerder een teken van het niet meer in staat zijn tot het uitvoeren van enige activiteit. Juist door het accentueren van dergelijke gevoelens van onmacht van de patiënt door de therapeut kan er een verergering optreden van de malaise. Om deze ontwikkeling enigszins te voorkomen is het raadzaam dat de therapeut wel dergelijke gevoelens van machteloosheid van de patiënt signaleert zonder ze echter aan te dikken in de vorm van bijvoorbeeld sug-

gestieve opmerkingen in die richting. De therapeut kan bijvoorbeeld het volgende zeggen: 'Ik kan me voorstellen, dat u zich nauwelijks een idee heeft kunnen vormen waarom u zich zo somber voelt. Maar volgens mijn ervaring kan zo'n gevoel nogal eens samenhangen met bepaalde onprettige gebeurtenissen uit het (naaste) verleden.'

Op bovengenoemde wijze kan de therapeut een belangrijke (gespreks)partner worden naast de reeds bestaande relatie tussen de patiënt en zijn (geliefde of minder geliefde) 'ander', die hem is komen te ontvallen (KUIPER, 1980). In nogal wat situaties ervaart de patiënt dan een gevoel van opluchting indien een dusdanige nieuwe (weliswaar therapeutische) relatie zich presenteert. Een dergelijke emotionele 'opzwaai' lijkt veelal op een (tijdelijke) verbetering. Deze ervaring wordt gewoonlijk gevolgd door een nieuwe depressieve fase, zodra de patiënt zich realiseert dat de relatie met de therapeut tot op zekere hoogte begrensd is.

Het is voorts voor de therapeut van belang het mogelijk te maken dat de patiënt hem gaat beschouwen als een gelijkwaardige gesprekspartner. Dit in tegenstelling tot de vaak overheersende, bazige en niet zelden eisende grondhouding van diegene(n) waarmee de patiënt pleegt om te gaan. De patiënt dient in de gesprekken met de therapeut te worden gestimuleerd tot het doen en initiëren van voorstellen betreffende eigen wensen en behoeften. Daarbij kan de therapeut nog het beste te werk gaan als een goed luisterende partner. Indien nodig houdt hij het gesprek gaande met het doel de patiënt zo mogelijk weer aan de praat te krijgen.

Belangrijke vragen tijdens de psychoanalytische psychotherapie van depressies

Zodra een basisrelatie met de patiënt is gelegd, is het aan te raden, dat de therapeut nagaat waar de kern van het (depressief) probleem ligt. Zoals reeds eerder ge-

noemd gaat het veelal om een emotioneel verlies van 'liefde' (bv. verlies van partner of van baan).

Waar ligt dit verlies? Met welke persoon of zaak heeft het van doen?

Ieder mensenleven kent verlies van geliefde, huis, have, dan wel enig goed.

Rouw is een menselijk fenomeen. Toch betekent niet elk rouwproces het begin van een (ernstige) depressie, hetzij in vitale, hetzij in personale zin. Waarom heeft deze patiënt dan wel een depressogene ontwikkeling doorgemaakt en wat zijn de daarbij van belang zijnde factoren? Dit zijn de vragen waar de therapeut zichzelf mee confronteert wanneer hij een depressieve patiënt in psychotherapie heeft.

In eerste instantie is informatie noodzakelijk, en wel om de volgende redenen:

1. Belangrijke stukken uit iemands persoonlijk leven kunnen een sleutelfunctie bekleden in de ontstaansvorming van depressies op latere leeftijd.
2. De wijze van reactievorming op verlies van in principe vitale personen en/of zaken is inherent aan de eigen persoonlijke structuur en levenswijze.
3. Reeds vroeg in de ontwikkeling van het individu zijn daarvoor bouwstenen gelegd.
4. Ingeslepen gedragspatronen kunnen ook daarom bepaalde depressieve reacties op latere leeftijd in de hand werken. Zodra relevante informatie betreffende de vroege jeugdsituatie van de patiënt bekend is, kunnen eventuele parallellen worden getrokken met huidige actiepatronen. Hierbij is van belang dat inzicht van de patiënt een onmisbare voorwaarde is voor genezing, doch niet in afdoende zin. Immers het in theorie weten is nog niet hetzelfde als het in de praktijk ook werkelijk doen. Vandaar dat een vruchtbare vorm van inzichtgevend psychotherapie alleen kan worden getoetst aan reële gedragsveranderingen die zich in de loop van de therapie voordoen. Belangrijk is daarbij voor ogen te houden dat de therapeut zich niet alleen maar vergewist van korte-termijn-veranderingen, doch vooral moet kijken naar gedragsobservaties op de lange

duur. Dit kan worden geëvalueerd in de vorm van een regelmatige contactmogelijkheid met de patiënt door de jaren heen - ook nadat de psychotherapie is beëindigd - en wel op initiatief van de patiënt. Essentieel in deze vorm van psychotherapie is dat de therapeut zich opstelt als de afwachterende 'ouderfiguur', die op zijn tijd van de patiënt verneemt hoe het gaat, zonder dat dit van tevoren is geprogrammeerd.

Kortdurende dynamische psychotherapie

Dit is een afgeleide vorm van psychoanalytische therapie, welke praktisch in een 40-tal sessies moet leiden tot symptoomverandering (MALAN, 1963; SIFNEOS, 1972; DAVANLOO, 1978).

De therapeut - anders dan de psychoanalyticus - maakt gebruik van twee hoofdinstrumenten tijdens de behandeling, namelijk:

- a) actieve aandacht,
- b) focussen.

ad. a) De behandelaar zal van een minimum aan informatie van de patiënt een maximum aan effectief therapeutisch materiaal dienen over te houden.

Uitgangspunt van deze methode is wel dat het gaat om een vis-à-vis situatie. Rekening houdend met bovengenoemde factoren, dient de therapeut met zorgvuldigheid het (klinische) toestandsbeeld van de patiënt te observeren.

ad. b) Het bepalen en optimaliseren van een welomschreven therapeutische doelstelling. Dit is van grote betekenis voor het herkennen van de mogelijke bron van moeilijkheden bij de patiënt.

Deze z.g. specifiek dynamische focus (MALAN, 1976) functioneert doorgaans als intermediair tussen enerzijds het *acute* conflict (reden voor behandeling) en anderzijds het *kern*conflict (ingesleten neurotische attitude en gedrag). Zodra het duidelijk wordt uit welke componenten deze focus bestaat, zal de behandelaar deze wetenschap gebruiken als richtingwijzer voor de interventies tijdens de behande-

ling. Deze methode wordt toegepast via het proces van selectieve aandacht, zodat er gefocust wordt op de belangrijkste behandelingsthema's.

Kunst van deze behandelingsfilosofie is een ideaal evenwicht te bereiken tussen enerzijds het leiding geven aan de behandeling en anderzijds het respecteren van de onafhankelijkheid van de patiënt.

Kern van de kortdurende dynamische psychotherapie

Deze bestaat uit actieve en forse duidingen in contingente zin van overdrachtsverschijnselen (DAVANLOO, 1978; SIFNEOS, 1979). Met andere woorden: de betrokken symptomen dienen snel en praktisch in verband te worden gebracht met de therapeutische situatie.

Reden waarom voor een dergelijke aanpak is gekozen, vermeld o.a. MALAN (1976):

- a) het verhelderen van de aard van de angst, de afweer en de drifimpuls;
- b) het verhelderen van deze verschijnselen in het licht van het heden, het verleden en de overdracht;
- c) het leggen van lijnen tussen bovengenoemde gebieden.
- d) verwacht wordt dat de patiënt na de bovengenoemde techniek (a, b en c) inzicht krijgt in zijn gedragswijze.

Voordelen van een dergelijke aanpak zijn o.a.:

- 1) kans op snelle(re) actualisering van overdrachts-neurotische processen;
- 2) kans op een doorbraak naar concrete gedragsveranderingen.

Nadelen van een dergelijke methode zijn m.i.:

- 1) grote risico's voor de draaglast - draagkracht relatie van de patiënt;
- 2) de therapeut dient over vrij veel ervaring te beschikken m.b.t. mogelijke psychiatrische complicaties van de therapie;
- 3) deze therapie is in feite slechts consequent toe te passen in klinisch verband, eventueel in het kader van crisisinterventie.